

下顎右側第一大臼歯中間欠損に対しインプラント補綴治療を行った1症例

三富 純一

A Case Report of an Implant-Based Prosthetic Treatment  
for Right Mandibular First Molar Missing

MITOMI Junichi

日本口腔インプラント学会誌 第25巻 第3号 別刷  
(平成24年9月30日 発行)

*Reprinted from*

Journal of Japanese Society of Oral Implantology  
Vol. 25, No. 3 (2012)

## 下顎右側第一大臼歯中間欠損に対しインプラント補綴治療を行った1症例

三富 純一

### A Case Report of an Implant-Based Prosthetic Treatment for Right Mandibular First Molar Missing

MITOMI Junichi

#### I. 緒 言

下顎大臼歯中間欠損の補綴治療において、従来は両側隣在歯を支台とするブリッジ修復が一般的に行われてきた。そのため、支台歯の切削による侵襲、また支台歯に対する咬合力の負担増加が生じていた。

インプラント治療は欠損部の両側隣在歯に侵襲や負担を与えずに行えるため、中間欠損の治療法として有効な選択肢といえる。

今回、下顎大臼歯中間欠損に対しインプラント治療を行い、良好な結果が得られた症例について報告する。

#### II. 症例の概要

患 者：29歳、女性。

初 診：2005年12月。

主 訴： $\overline{6}$ 欠損による咀嚼困難。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：約1年前に $\overline{6}$ を抜去し、その後可撤性義歯を作製するも、装着しなかった。しかし2005年11月頃から咀嚼困難を感じるようになり来院した。

現 症：全身所見；特記事項なし。

口腔内所見： $\overline{6}$ が欠損していたものの抜歯窩は歯肉で覆われており、炎症が認められず治療状態は良好で

あった。また欠損部の顎堤頂部は広く、両隣在歯の傾斜などの位置異常は認められなかった。

残存歯の歯肉組織の状態は比較的良好で、歯肉の発赤、腫脹はほとんど認められず全顎的なプロービングデプスは2~3mmで一部出血が認められた(図1)。

また、1mm程度の上顎正中離開を認めた。

パノラマエックス線所見：全顎的に歯槽骨の水平的垂直的骨吸収は認められず、歯槽骨内には明瞭な骨梁が観察された。欠損部の対合歯である $\overline{6}$ の挺出も認められなかった(図2)。

診 断： $\overline{6}$ 欠損による咀嚼障害。

#### III. 治療内容

2006年1月、再診時に医療面接を行った。 $\overline{6}$ 欠損相当部の欠損補綴治療法について、ブリッジ、インプラント、義歯それぞれの利点欠点、治療方法、費用などを説明したところ患者はインプラントによる補綴を希望した<sup>1)</sup>。

パノラマエックス線撮影およびボーンマッピングによる検査から $\overline{6}$ 欠損相当部の骨頂の骨幅約10mmで近遠心幅は約10mm、歯槽頂から下顎管までの垂直的距離は約17mmであったため13mmのインプラント埋入は可能と判断した。

残存歯の歯周初期治療終了後、同年2月に局所麻酔下にて一次手術を行い、サージカルステントを用い、



図1 術前口腔内写真  
(2005年12月)



図2 術前パノラマエックス線写真  
(2005年12月)



図3 上部構造装着直後  
口腔内写真  
(2006年7月)



図4 上部構造装着後3年3カ月  
経過時パノラマエックス  
線写真 (2009年5月)

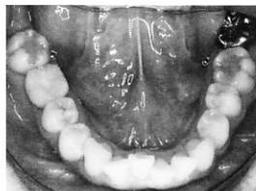


図5 上部構造装着後3  
年3カ月経過時口  
腔内写真  
(2009年5月)

アストラテック社製インプラント（径4.0 mm，長さ13 mm）を埋入した。骨質はデンタルエックス線所見および切削ドリルの感触から，LekholmとZarbの分類におけるタイプ3と判断した。

埋入3カ月後の5月，二次手術を行い，手指の感覚で動揺がないことを確認した後，ヒーリングアバットメントを装着した。

2006年6月，周囲粘膜の治癒を確認し，インプラント体にプロビジョナルレストレーションを装着。咬合や清掃性に問題がないことを確認した後，同月下旬に上部構造の印象採得を行い，2006年7月にハイブリッドセラミックス前装冠の上部構造を仮着セメントにて装着した（図3）。

#### IV. 経過と考察

上部構造装着後3年3カ月経過したが，PCRは8%とプラークコントロールは良好であり，インプラント周囲に著明な炎症は認められず，インプラント体の動揺や上部構造にも異常は認められなかった。エックス線所見においてもインプラント体周囲に異常な骨吸収は認められず経過良好であった（図4，5）。

また，隣在歯の歯周組織に炎症，動揺，う蝕は認められなかった。

中間欠損部へのインプラント治療は，両隣在歯を切

削せず，保護することができ，咬合負担を軽減させるなどの利点がある<sup>2)</sup>。

さらに，異物感を軽減し咀嚼機能の回復も得られた。

ただし，インプラント体の埋入ポジションがやや近心に寄ったこと，およびレギュラータイプのインプラント径を選択したことにより，遠心の下部鼓形空隙が大きくなった。同部位の清掃には注意を要するため，メンテナンスごとにデンタルフロスと歯間ブラシを用い，清掃チェックと指導を行った。

今回のインプラント埋入部位には近遠心的，頬舌的に十分な骨幅があったため，ワイドタイプのインプラントを選択すべきであったと考えられる。

埋入ポジションに関しては，CT撮影後にシミュレーションソフトを用い，サージカルステントを作製することで，より正確な位置への埋入が可能になると考えている。

#### V. 結 論

中間欠損症例においてインプラント治療を選択することは隣在歯の侵襲と負担を回避し，咀嚼機能の回復が得られ，残存歯の長期的な予知性を向上させると考えられた。また，口腔内の異物感を軽減したことで患者の満足も得られ，非常に有効な治療法であると考えられた。

#### VI. 文 献

- 1) 筒井昌秀，筒井照子，包括歯科臨床，第1版，東京：クインテッセンス出版，370-381，2003。
- 2) 水上哲也，少数歯欠損に対するインプラント適用の意義，榎本紘昭，武田孝之編，インプラントは臨床でこう活かす，東京：ヒョーロン・パブリッシャーズ，131-140，2003。